

# Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) (maggio - giugno 2024)

Il CDSR è il database della Cochrane Library che contiene le revisioni sistematiche (RS) originali prodotte dalla Cochrane Collaboration. L'accesso a questa banca dati è a pagamento per il full text, gratuito per gli abstracts (con motore di ricerca). L'elenco completo delle nuove RS e di quelle aggiornate è disponibile su internet. Di seguito è riportato l'elenco delle nuove revisioni di area pediatrica di maggio e giugno 2024. La selezione è stata realizzata dalla redazione della newsletter pediatrica. Cliccando sul titolo si viene indirizzati all'abstract completo disponibile in MEDLINE, la banca dati governativa americana, o presso la Cochrane Library. Di alcune revisioni vi offriamo la traduzione italiana delle conclusioni degli autori.

## Revisioni sistematiche nuove o aggiornate di area pediatrica maggio-giugno 2024 (Issue 5-6, 2024)

1. Diagnostic accuracy of ultrasound screening for fetal structural abnormalities during the first and second trimester of pregnancy in low-risk and unselected populations
2. Comprehensive care programmes for children with medical complexity
3. Noise or sound management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birth weight infants
4. Transcutaneous bilirubinometry for detecting jaundice in term or late preterm neonates
5. Interventions to prevent obesity in children aged 12 to 18 years old
6. Interventions to prevent obesity in children aged 5 to 11 years old
7. Interventions with pregnant women, new mothers and other primary caregivers for preventing early childhood caries
8. Oral vitamin A supplements to prevent acute upper respiratory tract infections in children up to seven years of age
9. Exposure to the smell and taste of milk to accelerate feeding in preterm infants
10. Dexmedetomidine for analgesia and sedation in newborn infants receiving mechanical ventilation
11. Non-invasive high-frequency ventilation in newborn infants with respiratory distress
12. Respiratory syncytial virus vaccination during pregnancy for improving infant outcomes
13. Parallel use of low-complexity automated nucleic acid amplification tests on respiratory samples and stool with or without lateral flow lipoarabinomannan assays to detect pulmonary tuberculosis disease in children
14. Topical fluoride as a cause of dental fluorosis in children
15. Treatments for intractable constipation in childhood
16. Immunosuppressive therapy for IgA nephropathy in children
17. Interventions to increase time spent outdoors for preventing incidence and progression of myopia in children

## Programmi di assistenza completi per bambini con complessità medica

Harvey AR.

### Comprehensive care programmes for children with medical complexity

*Cochrane Database of Systematic Reviews 2024*

L'ambizioso obiettivo di questa revisione era quello di valutare l'efficacia dei programmi di assistenza completi che mirano a migliorare il coordinamento delle cure e altri aspetti dell'assistenza sanitaria per bambini con complessità medica (CMC) e di valutare se l'efficacia di tali programmi differisce a seconda dell'impostazione e della struttura del programma. L'efficacia degli interventi è stata valutata in relazione alla salute, al funzionamento e alla qualità della vita del bambino e dei genitori, alla qualità dell'assistenza, al numero di visite sanitarie, ai bisogni sanitari insoddisfatti e ai costi totali relativi all'assistenza sanitaria. Sono stati inclusi quattro studi randomizzati controllati condotti in ospedali negli Stati Uniti o in Canada con un totale di 912 CMC. I partecipanti variavano tra gli studi inclusi, ma si trattava sempre di bambini con malattie complesse e croniche e con elevate esigenze sanitarie. Le componenti degli interventi differivano nei quattro studi: In due degli studi il bambino riceveva cure da un team multidisciplinare; in uno studio l'intervento era principalmente incentrato sulla presenza di un coordinatore dell'assistenza infermieristica di pratica avanzata e un altro studio ha coinvolto una coppia composta da un infermiere e un pediatra che collaborava con le famiglie. Le conclusioni principali degli autori sono che un'assistenza completa per i bambini con CMC rispetto alle cure abituali può fare poca o nessuna differenza sia per la salute, il funzionamento e la qualità della vita del bambino, sia per il funzionamento e la qualità della vita dei genitori, mentre può migliorare leggermente la soddisfazione del bambino e della famiglia e la percezione dell'assistenza e dell'erogazione dei servizi. Sulla base di questi pochi studi gli autori concludono che attualmente non ci sono prove sufficienti su cui trarre conclusioni forti.

## Interventi per prevenire l'obesità nei ragazzi di età compresa tra 12 e 18 anni

Spiga F. et al.

### Interventions to prevent obesity in children aged 12 to 18 years old

*Cochrane Database of Systematic Reviews 2024*

Si tratta dell'aggiornamento di una revisione pubblicata nel 2011, con l'obiettivo di valutare gli effetti degli interventi che mirano a prevenire l'obesità negli adolescenti modificando l'assunzione dietetica o i livelli di "attività", o una combinazione di entrambi. Gli autori hanno ricercato studi randomizzati controllati su adolescenti (età media 12 anni e oltre, ma inferiore a 19 anni), che hanno confrontato la dieta o gli interventi di "attività" (o en-

trambi) per prevenire l'obesità con nessun trattamento o con le cure abituali o con un altro intervento idoneo, misurando come esiti BMI, punteggio zBMI ed eventi avversi gravi, valutati con follow-up a breve (da 12 settimane a < 9 mesi dal basale), medio (da 9 mesi a < 15 mesi) e a lungo termine ( $\geq 15$  mesi). La revisione ha incluso 74 studi (83.407 partecipanti); 54 studi (46.358 partecipanti) sono stati inclusi nelle meta-analisi. Gli interventi sono stati erogati in ambiente scolastico (57 studi), domestico (nove studi), in comunità (cinque studi) e in strutture di assistenza primaria (tre studi).

**Interventi dietetici:** l'evidenza è molto incerta sugli effetti degli interventi dietetici sull'indice di massa corporea (BMI) e sul punteggio zBMI. Sembrano avere inoltre poco o nessun effetto sugli eventi avversi gravi.

**Interventi che favoriscono l'attività fisica:** gli interventi non riducono il BMI a breve termine e probabilmente non riducono lo zBMI a medio e lungo termine, ma possono ridurre leggermente il BMI a medio termine (MD -0.32, IC 95% da -0.53 a -0.11; 3 studi, 2.143 partecipanti) e a lungo termine (MD -0.28, IC 95% da -0.51 a -0.05; 1 studio, 985 partecipanti).

**Interventi associati:** non riducono il BMI e il punteggio zBMI a breve termine e probabilmente non riducono l'IMC a medio o a lungo termine.

Gli autori auspicano ulteriori ricerche per indagare gli effetti degli interventi nelle scuole, in contesti comunitari e nei giovani con disabilità.

### **Interventi per prevenire l'obesità nei ragazzi di età compresa tra 5 e 11 anni**

Spiga F. et al.

#### **Interventions to prevent obesity in children aged 5 to 11 years old**

*Cochrane Database of Systematic Reviews 2024*

Si tratta dell'aggiornamento di una revisione pubblicata nel 2019, con l'obiettivo di valutare gli effetti degli interventi che mirano a prevenire l'obesità nei bambini tra 5 e 11 anni modificando l'assunzione dietetica o i livelli di "attività", o una combinazione di entrambi. Gli autori hanno ricercato studi randomizzati controllati che hanno confrontato la dieta o gli interventi di "attività" (o entrambi) per prevenire l'obesità con nessun trattamento o con le cure abituali o con un altro intervento idoneo, misurando come esiti BMI, punteggio zBMI ed eventi avversi gravi, valutati con follow-up minimo di 12 settimane. La revisione include 172 studi (189.707 partecipanti), di cui 149 (160.267 partecipanti) sono stati inclusi nelle metanalisi. Gli interventi dietetici, rispetto al controllo, sembrano avere un effetto minimo o nullo sul BMI al follow-up a breve termine (differenza media 0, intervallo di confidenza al 95% da -0.10 a 0.10) e al follow-up a medio termine (MD -0.01, IC 95% da -0.15 a 0.12). Gli interventi di attività, rispetto al controllo, sembrano avere un effetto minimo o nullo su BMI e zBMI a breve o lungo termine (BMI a breve termine: differenza media (MD) -0.02, IC 95% da -0.17 a 0.13; zBMI a breve termine: MD -0.02, IC 95% da -0.07 a 0.02; BMI a lungo termine: MD -0.07, IC 95% da -0.24 a 0.10; zBMI a lungo termine: MD -0.02, IC 95% da -0.09 a 0.04). Gli interventi di attività probabilmente determinano una leggera riduzione

dell'IMC e dello zBMI al follow-up a medio termine (BMI: MD -0.11, IC 95% da -0.18 a -0.05; zBMI: MD -0.05, IC 95% da -0.09 a -0.02). Gli interventi associati, dietetici e di attività, rispetto al controllo, possono comportare una lieve riduzione dell'IMC e dello zBMI al follow-up a breve termine (BMI: MD -0.11, IC 95% da -0.21 a -0.01; zBMI: MD -0.03, IC 95% da -0.06 a 0.00) e probabilmente comportare una riduzione dell'IMC e dello zBMI al follow-up a medio termine (BMI: MD -0.11, IC 95% da -0.21 a 0.00; zBMI: MD -0.05, IC 95% da -0.07 a -0.02). L'insieme delle prove in questa revisione dimostra che una serie di interventi di "attività" scolastici, da soli o in combinazione con interventi dietetici, possono avere un modesto effetto benefico sull'obesità nell'infanzia a breve e medio termine, ma non a lungo termine, mentre gli interventi dietetici da soli possono comportare una differenza minima o nulla. Non vi sono ancora prove sufficienti per valutare gli effetti degli interventi effettuati in contesti diversi da quelli scolastici.

### **Vitamina A per prevenire le infezioni acute del tratto respiratorio superiore nei bambini fino a sette anni di età**

Cheng x. Et al.

#### **Oral vitamin A supplements to prevent acute upper respiratory tract infections in children up to seven years of age**

*Cochrane Database of Systematic Reviews 2024*

Obiettivo di questa revisione era valutare l'efficacia e la sicurezza degli integratori di vitamina A per prevenire le infezioni acute del tratto respiratorio superiore (URTI) nei bambini fino a sette anni di età. Sono stati inclusi sei studi (27.351 partecipanti). Quattro studi erano RCT e due erano cluster-RCT. Gli studi inclusi sono stati tutti condotti in paesi a reddito medio-basso (due in India, due in Sud Africa, uno in Ecuador e uno ad Haiti). Tre studi hanno incluso bambini sani che non avevano carenza di vitamina A, uno studio ha incluso bambini nati da donne infette da HIV, uno studio ha incluso neonati con basso peso alla nascita e uno studio ha incluso bambini in aree con un'alta prevalenza locale di malnutrizione e xerofthalmia. Sei studi hanno riportato l'incidenza di URTI acute durante il periodo di studio. Cinque studi hanno riportato il numero di URTI acute in un periodo di tempo, ma c'era eterogeneità della popolazione e i risultati sono stati presentati in forme diverse, quindi solo tre studi sono stati meta-analizzati. Le conclusioni degli autori sono che le prove per l'uso della supplementazione di vitamina A per prevenire l'URTI acuta sono incerte a causa dell'ampia variabilità degli studi analizzati. L'integrazione di vitamina A potrebbe non essere utile per prevenire l'URTI acuta nei bambini fino a sette anni di età.

### **Vaccinazione contro il virus respiratorio sinciziale durante la gravidanza per migliorare gli esiti infantili**

Phijffer EW et al.

#### **Respiratory syncytial virus vaccination during pregnancy for improving infant outcomes**

*Cochrane Database of Systematic Reviews 2024*

Questa revisione è stata effettuata con lo scopo di valutare l'effi-

cazia e la sicurezza della vaccinazione contro il virus respiratorio sinciziale materno (RSV) per prevenire la malattia da RSV nei neonati. Sono stati inclusi studi randomizzati controllati (RCT) che confrontavano la vaccinazione materna contro l'RSV con placebo o nessun intervento in donne in gravidanza di qualsiasi età. Gli esiti primari erano il ricovero in ospedale con malattia da RSV clinicamente confermata o confermata in laboratorio nei neonati. Gli esiti secondari erano gli esiti avversi della gravidanza (restrizione della crescita intrauterina, natimortalità fetale e morte materna) e gli esiti avversi dei neonati (parto pretermine, anomalie congenite e morte infantile). Sono stati inclusi sei RCT che hanno coinvolto 17.991 donne in gravidanza. L'intervento era un vaccino a base di proteina RSV pre-F in quattro studi e un vaccino a nanoparticelle di proteina RSV F in due studi. In tutti gli studi, il farmaco di confronto era un placebo. Tutti gli studi sono stati finanziati da aziende farmaceutiche. La vaccinazione materna contro l'RSV rispetto al placebo ha ridotto l'ospedalizzazione infantile per malattia da RSV confermata in laboratorio (RR 0,50, intervallo di confidenza al 95% da 0.31 a 0.82. Sulla base di un rischio assoluto con placebo di 22 ricoveri per 1.000 neonati, ciò rappresenta 11 ricoveri in meno per 1.000 neonati da donne in gravidanza vaccinate (da 15 a 4 in meno). La vaccinazione materna contro l'RSV rispetto al placebo ha un effetto minimo o nullo sul rischio di anomalie congenite (RR 0.96, IC 95% da 0.88 a 1.04) e ha probabilmente poco o nessun effetto sul rischio di restrizione della crescita intrauterina (RR 1.32, IC 95% da 0.75 a 2.33). La vaccinazione materna contro l'RSV può avere un effetto minimo o nullo sul rischio di natimortalità (RR 0.81, IC 95% da 0.38 a 1.72. Potrebbe essere necessario effettuare invece ulteriori indagini relative alla nascita pretermine. Questo esito sembra più probabile con la vaccinazione materna contro l'RSV, anche se l'evidenza è molto incerta (RR 1.16, IC 95% da 0.99 a 1.36).

Il numero totale di partecipanti è stato di 10.733 bambini della scuola primaria, la maggior parte dei quali frequentava la prima o la seconda elementare (dai sei ai nove anni). I gruppi di intervento hanno avuto meno cambiamenti negli errori di rifrazione nella direzione della miopia, ma i risultati non sono apparsi statisticamente significativi. L'incidenza della miopia è stata inferiore nei gruppi di intervento rispetto ai gruppi di controllo, ma con intervalli di confidenza che non permettevano di giungere a conclusioni definitive. I risultati di questa revisione, concludono gli autori, suggeriscono che gli interventi a lungo termine per aumentare il tempo trascorso all'aperto possono potenzialmente ridurre lo sviluppo della miopia nei bambini. Tuttavia la bassa certezza delle prove rende difficile trarre conclusioni.

### **Interventi per aumentare il tempo trascorso all'aperto per prevenire l'incidenza e la progressione della miopia nei bambini**

Kido A. Et al.

#### **Interventions to increase time spent outdoors for preventing incidence and progression of myopia in children**

*Cochrane Database of Systematic Reviews 2024*

La miopia è emersa come un problema significativo di salute pubblica globale negli ultimi anni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha segnalato che la miopia non corretta o sottocorretta è una delle principali cause di disabilità visiva in tutto il mondo. Studi osservazionali hanno dimostrato che i bambini che trascorrono più tempo all'aperto hanno una minore incidenza di miopia. Diverse altre revisioni sistematiche non-Cochrane si sono concentrate sull'associazione tra l'aumento del tempo di attività all'aperto dei bambini e la prevenzione della miopia. Sulla base di queste evidenze, gli autori di questa revisione hanno cercato di valutare gli effetti degli interventi per aumentare il tempo trascorso all'aperto sull'incidenza e la progressione della miopia nei bambini. Sono stati ricercati e inclusi nella revisione RCT e cluster-RCT in cui sono stati eseguiti interventi per aumentare il tempo all'aperto per i bambini con l'obiettivo di prevenire l'incidenza e la progressione della miopia, per un totale di 5 studi.